

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre PERSON

Né le 8 Mars 1915, à Thouars (Deux-Sèvres)

LE POLYPE CHOANAL CHEZ L'ENFANT

Président de Thèse : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre PERSON

Né le 8 Mars 1915, à Thouars (Deux-Sèvres)

LE POLYPE CHOANAL CHEZ L'ENFANT

Président de Thèse : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies mentales et des ma-	
ladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphi-	
litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
	JENCRMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	OMBREDANNE.
pédie	HARVIER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMATPPE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	MATHIEU.
dulte	LAUBRY.
Clinique cardiologique	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-Sociale	
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNAUD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.

Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOU.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. L'ÉVEUF.
 Pharmacologie MUC J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie L'ÉVY-LENS.
 Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT UT.
 Médecine légale..... PIÉVELIÈVRE.
 Obstétrique PORTLS.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÉNÈQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique CHAUNOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. PASTEUR-VALLERY- RADOT. SEZARY.	} Clinique médicale	BASSET. BROCO. CADENAT. GATELLIER. MOURE. QUENU. VELTER.	} Clinique chirurgicale
MM.	} Clinique obstétricale		
ECALLE METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LŒPER

Professeur de clinique médicale
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE LALLEMANT

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

Qui fut l'inspirateur de ce travail et que nous remercions des excellents conseils qu'il nous a prodigués ainsi que du bienveillant accueil qu'il a bien voulu nous réserver dans son service.

Qu'il veuille bien trouver ici un faible témoignage de notre affectueux respect et de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS LEROUX

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

Qui a bien voulu nous donner d'excellents conseils.

Nous le prions d'accepter l'hommage de ce travail comme le gage d'une profonde et respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALAJOUANINE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRECHOT

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DIGONNET

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUSSOIR

MONSIEUR LE DOCTEUR OMBREDANNE

MONSIEUR LE DOCTEUR TREMOLIERES

MONSIEUR LE DOCTEUR TZANCK

A MESSIEURS LES DOCTEURS BOELLE ET DAUDIER

INTRODUCTION

Depuis les travaux de Killian sur les polypes muqueux des arrières narines et sur les polypes choanaux parus en 1906, de nombreux rhinologistes se sont particulièrement attachés à l'étude des polypes solitaires aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Tous ont cherché à montrer leur rapport avec des sinusites non suppurées qui, à l'intervention, se révélaient être des sinusites polypeuses.

Pendant notre séjour dans le service du Docteur Lallemant, nous avons eu l'occasion de voir chez des enfants quelques cas de polypes choanaux dont nous avons pu prendre l'observation et que nous avons vu opérer. Il nous a paru intéressant de réunir dans ce travail un grand nombre d'observations sur les polypes solitaires de la région choanale chez l'enfant.

Il nous a semblé justifié d'en reprendre l'étude, de préciser leur étiologie maintenant bien mise au point depuis les récents travaux du Docteur Louis Leroux qui s'est particulièrement attaché à l'étude des différentes sinusites polypeuses.

De montrer enfin quel doit être le traitement.

Tel est l'objet de cette thèse.

DEFINITION DU SUJET

Depuis longtemps, on connaît l'existence chez l'adulte du polype de Killian, encore appelé polype solitaire des fosses nasales par Caboche et Garel, ou encore polype choanal.

Les observations que nous avons pu réunir prouvent que l'obstruction nasale peut être due, chez l'enfant, à un polype de Killian.

Nous savons depuis le travail de Killian que le polype solitaire est le résultat d'une sinusite. Dans son article de « La Médecine » paru en janvier 1923, Caboche écrit : « que la sinusite qui donne naissance au polype n'est pas la forme vulgaire de sinusite qu'on est accoutumé de voir..., qu'elle appartient au groupe des sinusites latentes ».

Comme le montre le Docteur Louis Leroux dans une communication à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, il paraît difficile d'appeler latente une inflammation sinusale qui produit une masse endo-nasale capable d'obstruer la choane et parfaitement visible au spéculum. Nous préférons dire sinusite polypeuse. C'est cette forme spéciale de ré-

action de la muqueuse antrale qui accompagne et provoque la formation des polypes œdémateux des fosses nasales.

Nous nous proposons de démontrer que, de même que l'on admet les sinusites suppurées de l'enfant, on doit reconnaître l'existence au même âge de sinusite polypeuse. Dans la plupart des cas de polypes choanaux, il est possible de suivre au stylet le pédicule souvent très petit jusqu'à l'ostium maxillaire. Il s'agit d'un polype en bissac dont la deuxième poche est intra-sinusale et lors de l'extraction on devra veiller à ne pas rompre le collet afin de ramener le bissac intact après avoir extrait la partie sinusale.

Nous voudrions montrer dans cette étude l'existence chez l'enfant d'un polype choanal, expression d'une sinusite polypeuse, exigeant pour faire une cure radicale, l'évacuation totale de la muqueuse sinusale, par simple traction si possible, sinon par trépanation du sinus.

Ce polype choanal (forme solitaire) qui peut être parfois non choanal est différent de la forme ethmoïdale sinuso-polypeuse.

Le premier, sujet de l'étude, est le résultat d'une antrite d'origine dentaire.

Le deuxième est une pansinusite ethmoïdo-maxillaire, parfois frontale et sphénoïdale, toujours bilatérale étant une affection de terrain.

HISTORIQUE

C'est au travail de Killian, paru en 1906, que l'on doit remonter pour trouver la première étude rhinoscopique et chirurgicale sur le polype solitaire des fosses nasales. Il attira alors l'attention sur l'origine maxillaire de cette formation polypoïde.

Mais, dès 1903, Hajek, dans une observation très intéressante, avait prouvé l'existence clinique de la sinusite maxillaire polypeuse pure. Depuis cette existence a été soutenue par plusieurs auteurs dont Uffenorde, Hirsch, etc...

Jusqu'au début de ce siècle, divers auteurs présentaient les polypes solitaires, qu'on appelait encore naso-pharyngiens ou rétro-nasaux, comme ayant un double caractère :

1° Leur richesse en tissu conjonctif, due à la nature conjonctive de la muqueuse sur laquelle ils poussaient ;

2° Leur lieu d'implantation, tantôt sur le pourtour des choanes, tantôt sur la queue des cornets, la voûte du pharynx ou le dos du voile du palais.

C'est à cette époque que Killian parla de leur ori-

gine sinusienne et montra que, dans diverses observations, il avait pu suivre le pédicule du polype jusqu'à dans l'antre d'Highmore.

A la même époque, Segura étudia lui aussi les polypes fibro-muqueux naso-pharyngiens et leur origine dans le sinus maxillaire (Revue hebdomadaire de la Rhinologie, décembre 1906).

L'origine sinusale de ces polypes a encore été étudiée par de nombreux auteurs : Viollet en 1909, Canaple en 1911, Lermoyez en 1913, Hirsch en 1914, Pugnât en 1920, Caboche en 1923, Got, en 1924, Vitte en 1926, dans sa thèse inspirée par les travaux du Professeur Escat.

En 1925, avec la thèse de Jousseau et en 1928 avec l'étude de Pietrantonì, on voit réapparaître l'idée que s'il existe des polypes d'origine sinusale, il peut cependant en exister ayant une origine purement choanale ou péri-choanale et qui sont dans la plupart des cas de nature kystique. Nous ne croyons pas, et en cela nous sommes de l'avis de la plupart des auteurs, que l'on puisse admettre leur existence. Il a été prouvé en effet que la plupart de ces polypes considérés comme ayant une insertion péri-choanale sont en réalité presque toujours des polypes d'origine sinuso-maxillaire.

En 1929, Robinson étudie également les sinusites polypeuses, et en 1931 le Professeur Torrini, de Florence, admet que seule la cure radicale doit être le traitement des polypes antraux et des antrites polypeuses.

Razemon, en 1932, rattache également la polypose nasale à la sinusite. La même année, le Professeur Malan, de Turin, attire l'attention sur le fait qu'une partie des polypes choanaux issus de l'antre d'Highmore ne sont probablement que le résultat d'un processus phlogistique développé dans la profondeur de la zone sinuso-alvéolaire et consécutif à des inflammations péri-dentaires. D'après lui, on peut trouver là l'explication de quelques-unes des récidives de ces polypes, récidives qui résistent parfois aux traitements les plus énergiques tels que l'ouverture du sinus maxillaire avec curettage de la cavité. Il s'agirait de processus ostéo-périostés déterminés par des altérations du système dentaire.

En 1932, également, le Docteur Louis Leroux étudie le diagnostic des sinusites polypeuses, montre leur extrême fréquence, et qu'elles accompagnent souvent la polypose ethmoïdale, l'antre maxillaire étant le siège de prédilection. Il lui paraît que seul le traitement chirurgical est actuellement nécessaire et efficace. D'autre part, il reprend les travaux de Caboche et montre que le polype solitaire (le plus souvent choanal) est la production d'une antrite.

Depuis ce travail, de nombreux auteurs ont encore montré l'existence de polypes choanaux, production d'une sinusite polypeuse. Terracol, Galavielle, Guibert et Joyeux en 1933 publient l'observation d'une fillette de 12 ans ayant un polype naso-pharyngien d'origine sinusienne.

En 1935, Alonso et Pietra étudient complètement

avec diaphanoscopie, radiographie simple, radiographie lipiodolée et ponction 11 cas de polype solitaire des fosses nasales et démontrent leur origine sinusienne. Ils sont partisans de faire dans la même section opératoire l'extirpation du polype et la trépanation du sinus maxillaire. Ils trouvent assez souvent des masses polypeuses insérées dans le recessus alvéolo-dentaire (8 cas sur 11) ce qui est favorable aux idées de Malan sur son origine dentaire, raison pour laquelle on doit toujours étudier l'arcade alvéolo-dentaire.

Enfin, Kofler, à la même époque, décrit une sinusite maxillaire chronique avec ombre persistante à la radio, malgré deux lavages successifs, et qui, à l'intervention, se révéla être une sinusite polypeuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1) ÉTUDE MACROSCOPIQUE

On connaît depuis longtemps par Zuckerkandi, l'existence de tumeurs du sinus, ne s'étant point révélées pendant la vie et qui ont été souvent des surprises de dissection. Cet auteur signale un cas de volumineux polype kystique du sinus maxillaire et un cas de polype solitaire inséré sur la paroi postéro-externe du sinus maxillaire et dont le pédicule très étendu franchit l'ostium maxillaire. C'est bien là un des cas des polypes choanaux que nous étudions.

L'exploration de l'antre a d'ailleurs été rarement pratiquée. Caboche ne l'a jamais faite et Vitte, dans sa thèse de 1926 inspirée par le Professeur Escat, rapporte 80 cas sans aucune intervention sinusale.

D'après les travaux du Docteur Louis Leroux, qui, dans son article des Annales d'oto-laryngologie de janvier 1932, cite six opérations qu'il a pratiquées, l'aspect antral varie selon qu'il s'agit d'un polype non traité ou déjà opéré par voie nasale. Il écrit :

« Chez un enfant de 6 ans, nous avons pu ramener pour la choane une masse en bissac dont la partie

maxillaire était plus volumineuse que la partie nasale ».

Dans d'autres cas, traités par le Cadwell-Luc, tantôt fut trouvé une masse polypeuse unique sur le plancher, tantôt une sorte de cordon aboutissant à une attache solide sur le plancher. On sait que cet aspect a déjà été signalé par Hirsch.

Examinons de plus près ces différents aspects :

Dans le polype en bissac, nous distinguerons 3 parties :

a) une masse principale, choanale, ovoïde, gris bleuâtre, molle, gélatineuse, légèrement translucide. Son volume est variable : une grosse fève, une prune, une noix. Caboché en cite une qui avait 7 cm. de long, 4 cm. de large et 3 cm. d'épaisseur ;

b) un pédicule, de longueur variable, que l'on peut suivre facilement au stylet jusqu'au niveau de l'ostium maxillaire où il se rétrécit fortement formant ce qu'on appelle le collet ;

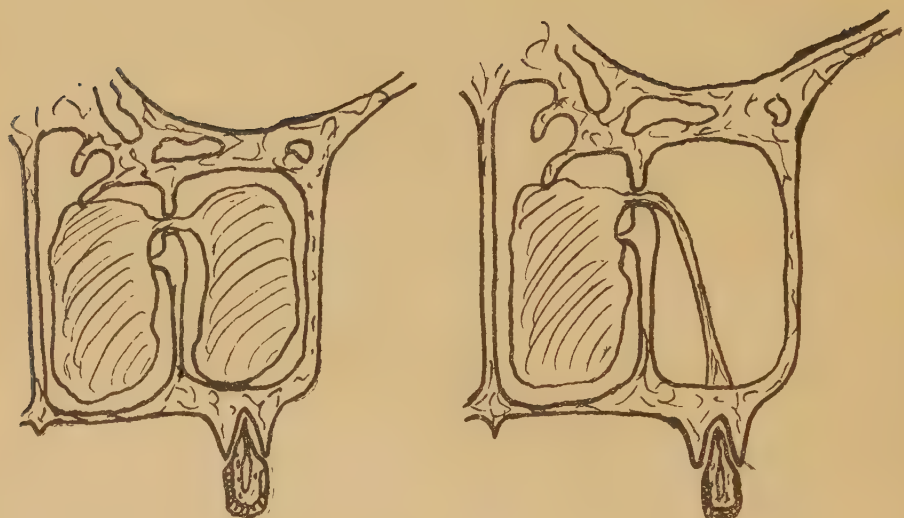
c) une masse sinusale, souvent plus petite que la masse principale, mais qui parfois remplit entièrement la cavité du sinus.

C'est ce polype choanal en bissac que nous avons représenté dans la figure n° 1.

Parfois, la masse sinusale est réduite à un tractus fibreux, sorte de cordon qui va s'implanter sur le plancher de l'antre et nous avons représenté ce nouvel aspect dans la figure n° 2.

La masse polypeuse contient dans la majorité des cas un liquide œdémateux. Parfois, on trouve des

kystes inclus dans la masse principale ou dans la masse sinusale.



Tantôt, l'on a affaire à des pseudo-kystes avec des parois sans limites nettes et qui contiennent un liquide œdémateux. Tantôt, ce sont de vrais kystes par rétention glandulaire. Leurs cavités sont alors remplies de mucine.

Ces kystes sont, soit à l'intérieur du polype, soit à l'extérieur formant hernie.

On rencontre parfois sur ces polypes des foyers hémorragiques.

II) ETUDE MICROSCOPIQUE

Nous distinguerons dans cette étude plusieurs parties : l'épithélium, le chorion, les kystes.

1° L'ÉPITHÉLIUM :

C'est un épithélium cylindrique stratifié, peu modifié, parfois en voie de métaplasie malpighienne.

Parfois, il est réduit à une seule couche de cellules dont certaines sont distendues par du mucus.

Des éosinophiles peuvent se voir à la surface des polypes nasaux, mais jamais sur la muqueuse sinusale.

2° LE CHORION :

Il est formé par un tissu conjonctif lâche, envahi par un œdème considérable qui le dissocie et au milieu duquel on trouve des fibrilles conjonctives en un réseau délicat où sont disséminés quelques fibroblastes.

La réaction inflammatoire discrète est marquée par des plasmocytes, des polynucléaires neutrophiles, parfois groupés en nodules périvasculaires. Cet aspect fondamental peut être modifié par la présence de néovaisseaux, de fibres collagènes, de cristaux de Charcot-Leyden, de glandes muqueuses hypertrophiées.

3° LES KYSTES :

On doit distinguer les kystes glandulaires vrais par

rétenition et les pseudo-kystes lacunaires à fausses parois, par aplatissement des cellules limitant la lacune.

a) *Les kystes vrais :*

Leur formation est due à l'obstruction du conduit excréteur d'une glande par l'infiltration œdémateuse intersticielle. Il y a eu dilatation de la cavité glandulaire tant que la glande a sécrété. C'est la pression intérieure qui, à un certain moment, arrête le fonctionnement de la glande.

Ces kystes sont remplis de mucine.

b) *Les pseudo-kystes :*

Ils sont dus à la gêne de la circulation de retour dans le polype, par suite de la striction exercée sur son pédicule au moment de son passage à travers l'ostium maxillaire principale ou accessoire.

Il en résulte un liquide d'œdème dont la pression dissocie et fait éclater les mailles du tissu conjonctif. Il n'y a qu'une fausse paroi formée par du tissu conjonctif plus ou moins dense.

L'intérieur de ces pseudo-kystes ne contient qu'un liquide séreux, incolore. C'est un liquide d'œdème.

Nous retrouvons ces pseudo-kystes dans l'étude microscopique du polype d'un de nos malades, citée dans l'observation n° II.

On doit rapprocher de ces formations kystiques, le polype de Citelli.

Cet auteur admet que la fibro-muqueuse de l'antre,

à la suite d'une inflammation aiguë, se détache de l'os sous-jacent par l'accumulation entre l'os et la fibro-muqueuse d'un liquide séreux, citrin, qui peu à peu repousse la fibro-muqueuse, le chorion et l'épithélium, et les fait passer à travers l'ostium du sinus maxillaire où ils vont donner naissance à un polype.

Il y a donc eu formation, entre l'os et la fibro-muqueuse, d'un faux-kyste.

A l'intervention, le polype sera rompu au niveau de l'ostium et un liquide citrin s'écoulera dans la fosse nasale.

SYMPTOMATOLOGIE

La principale caractéristique de l'affection est d'être insidieuse, silencieuse et indolente. La première phase de l'affection est en effet latente : c'est le stade de la sinusite polypeuse dont le Docteur Louis Leroux a bien montré la difficulté extrême du diagnostic. Au début, en effet, il n'y a aucun signe, aucune gêne fonctionnelle, aucun phénomène douloureux. La tumeur est enfermée dans le sinus maxillaire, il n'y a aucun symptôme.

Cette phase peut durer très longtemps — des mois, des années parfois. Le premier symptôme qui apparaît est le polype. C'est sa découverte à la rhinoscopie antérieure ou postérieure qui, systématiquement, doit faire penser à la sinusite maxillaire polypeuse.

Ce polype est le produit de la muqueuse de l'antre. Le polype fait issue dans la fosse nasale, par l'ostium maxillaire principale, parfois par l'ostium accessoire, mais tout d'abord, la fosse nasale n'est pas obstruée. L'enfant est amené par ses parents pour hypersécrétion nasale, crises d'hydrorrhée nasale, faux coryza, crises de rhinite congestive et spasmodique, éternuements, coryzas à répétition. Mais, souvent le petit ma-

lade n'est pas vu à cette époque et ses parents ne l'amènent à la consultation que lorsque l'obstruction nasale est complète.

Il y a alors des signes d'obstruction unilatérale, enchifrènement progressif, catarrhe tubaire, rhinolalie fermée, troubles de la parole, souvent la gorge est sèche le matin. La bouche reste entr'ouverte. Il y a ronflement la nuit.

Si l'enfant n'est pas encore vu à cette période, la masse polypeuse s'accroît, de choanale elle devient rétrochoanale et peut déterminer une occlusion du côté opposé.

A un stade plus avancé, le polype peut déborder le voile et déterminer une gêne pharyngée.

Le développement nasal antérieur peut lui-même être considérable et déterminer des déformations nasales avec élargissement de la pyramide nasale, les ailes du nez étant refoulées au dehors par la masse polypeuse qui vient s'étaler à l'orifice narinaire.

Il est exceptionnel que l'on ne voit l'enfant qu'à cette période.

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic précis n'est fait que par l'examen objectif. Nous distinguerons plusieurs méthodes d'examen :

- la rhinoscopie antérieure,
- la rhinoscopie postérieure,
- le toucher naso-pharyngien,
- la diaphanoscopie,
- la radiographie,
- le lipio-radio diagnostic.

1° RHINOSCOPIE ANTÉRIEURE :

Elle révèle en général la présence d'un polype bleu grisâtre ou opalin, parfois demi-transparent, uni ou multi-lobé, occupant la région profonde de l'une des deux fosses nasales, parfois plus antérieur, dépassant l'orifice piriforme.

Le plus souvent, le polype est choanal et il est nécessaire, dans bien des cas, pour le voir, de badigeonner à la cocaïne adrénaline la muqueuse du cornet inférieur tuméfiée.

Après la rétraction de cette muqueuse, on reconnaît

alors le polype et on peut très souvent, à l'aide d'un stylet, reconnaître le pédicule et le suivre jusqu'au voisinage de l'ostium maxillaire principale.

D'après Marx, au stade sinusal, le palper du méat moyen au stylet donnerait des signes importants : l'ostium maxillaire serait facile à sonder, l'extrémité du stylet tombant entièrement dans la cavité à cause d'un élargissement nasal de l'orifice ; en outre, on aurait une sensation de résistance élastique comparable à celle de la pression sur un coussin pneumatique.

L'examen de la fosse nasale opposée est souvent nul, mais l'on voit parfois apparaître à travers la choane une masse blanchâtre qui n'est autre que la masse polypeuse reconnue précédemment de l'autre côté et qui, devenue rétro-choanale, déborde sur la choane opposée.

2° RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE :

Quand la tumeur est très développée, elle peut être visible à l'examen direct. Le prolongement polypeux descend derrière le voile jusqu'à l'épiglotte, formant une grosse masse polypeuse, bien pédiculée vers l'une des choanes.

Si la tumeur est moins développée, la rhinoscopie postérieure montre une masse globuleuse ovoïde, opaline ou bleuâtre, de volume variable, occupant une grande partie du cavum ou simplement la région rétro-choanale ou la choane de la fosse obstruée.

3° TOUCHER NASO-PRARYNGIEN :

Permet de reconnaître l'existence de la tumeur si la rhinoscopie postérieure est difficile par suite de l'indocilité de l'enfant.

On éprouve une sensation de tumeur lisse, élastique, rénitente en général.

Dans quelques cas, sensation de tumeur ligneuse, fibreuse, surtout dans le cas de prolongement pharyngien piriforme.

4° DIAPHANOSCOPIE :

Ne fournit pas de réponse bien nette.

La clarté, très souvent, n'est que peu modifiée.

5° RADIOGRAPHIE :

La radiographie simple ne fournit pas de réponse nette en cas de polype solitaire.

Marx attache une grosse importance à l'aspect tacheté que prend la zone sinusale et la persistance d'une petite plage claire entre les taches. Le Docteur Louis Leroux a rencontré parfois cet aspect, mais souvent il n'y a qu'un simple voile diffus ou encore une clarté normale.

Il semble bien que les résultats des examens diaphanoscopique et radiographique soient très irréguliers et qu'on ne puisse en tirer le plus souvent aucun renseignement.

6° LIPIO-RADIO-DIAGNOSTIC :

Il permet de reconnaître avec certitude l'existence d'une sinusite polypeuse.

Il autorise à trépaner le sinus alors que déjà on a reconnu des polypes dans le nez.

Certes, comme le croit le Docteur Louis Leroux, la polypose nasale non accompagnée d'un état analogue de l'antre est exceptionnelle, mais cependant, il semble bien qu'il y ait quelques rares exceptions, et seul le lipio-radio-diagnostic peut avant l'ouverture du sinus fournir un diagnostic certain.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

On devra distinguer le polype choanal solitaire :

1° des polypes vulgaires pseudo-myxomateux des fosses nasales :

Ces derniers sont multiples, polylobés, le plus souvent bilatéraux, jamais kystiques.

Ils occupent souvent plusieurs points du bord libre du cornet moyen et sa face interne.

Souvent, le diagnostic est cependant difficile.

2° Des vrais fibromes des adolescents mâles entre 8 et 20 ans.

Masse dure, ligneuse, peu mobile, saignant facilement. Le point de départ est sous-sphénoïdal, péri-choanal, ptérygo-maxillaire ou basilaire.

3° Du polype de Citelli :

A l'intervention, on rompt toujours le polype au niveau du collet et il s'écoule une petite quantité d'un liquide citrin. Dans ce polype, la fibro-muqueuse, le chorion et l'épithélium de l'antre ont été soulevés par cette formation liquidienne et font hernie à travers l'ostium maxillaire.

4° D'une queue de cornet hypertrophiée :

C'est là un des diagnostics les plus difficiles. En effet, si souvent la lésion est bilatérale, parfois elle est unilatérale.

A l'examen, on aperçoit une grosse masse, bleu grisâtre ou blanchâtre, molle, et qui en cache une plus petite. On se croit alors en présence d'un polype solitaire que, dans bien des cas, on cherche à extraire au serre-nœud sans que cela, naturellement, soit possible.

Il faut, pour en faire le diagnostic, examiner le méat moyen après badigeonnage de la muqueuse à l'adrénaline.

On ne voit alors aucune lésion de la région et on note l'absence d'un pédicule sortant de l'ostium maxillaire. C'est sur cette absence et cet examen que l'on doit faire le diagnostic de queue de cornet hypertrophiée.

ETIOLOGIE

Alors qu'on admettait, il n'y a pas encore très longtemps, que le polype naso-pharyngien ou polype choanal n'était que le résultat d'un processus inflammatoire de la muqueuse choanale ou péri-choanale, on admet aujourd'hui qu'il s'agit dans tous les cas d'un polype ayant son origine dans le sinus maxillaire puisque dans la grande majorité des cas il est possible de suivre son pédicule jusqu'à l'ostium maxillaire.

Certains auteurs, dont Podvinec de Zagreb (Publ. de Mal. de l'or. et laryngo-rhinolog., cahier 10-1931), croient que l'insertion des polypes solitaires se ferait autour de l'ostium. Mais il semble démontré que cette opinion est fausse, car la plupart des auteurs ont vu au cours de leurs interventions le pédicule inséré au niveau du plancher de l'antre.

Caboche, dans ses observations, parle de cette insertion sur le plancher et Hirsch écrit que c'est sur le plancher que va prendre insertion la tige fibreuse. Kisner, dans les Annales d'Otologie de septembre 1929, écrit :

« Je veux rapporter que sur 7 cas de polypes choanaux et un cas de kyste choanal, que nous avons traités par une chirurgie radicale, à l'exception d'un seul, les polypes avaient leur origine sur la muqueuse de l'antre, à la paroi externe et latéro-supérieure. Aucun n'était attaché sur l'ostium ».

Le Dr Louis Leroux a trouvé également dans plusieurs cas une nette insertion sur le plancher et son élève David, dans sa thèse de 1932, rapporte aussi des cas évidents d'insertion sur le plancher.

Il semble donc que nous devons admettre comme point de départ des polypes choanaux une inflammation de la muqueuse sinusale localisée en un point fixe : le plancher de l'antre.

Caboche explique un des premiers comment il concevait la formation de ces polypes ; sans avoir ouvert le sinus dans des cas de polype solitaire, il explique cependant leur formation par analogie avec deux cas de sinusite non purulente qu'il eut l'occasion d'opérer :

« Dans un de ces cas, la muqueuse très légèrement épaissie, chagrinée, présentait au niveau de la paroi orbitaire un kyste à paroi mince, de la dimension d'une grosse noisette, rempli d'un liquide jaune doré, tout à fait semblable aux kystes que nous avons trouvés dans quelques-uns de nos polypes.

« Dans l'autre cas, la muqueuse était plus épaisse, pâle, comme lavée, présentant elle aussi une dégénérescence de la paroi postéro-externe.

« A un degré plus avancé, on pouvait trouver une

muqueuse sinusale œdémateuse avec des bourgeons polypeux emplissant la cavité antrale (cas de Gault, Société Française de laryngologie, 1923).

« Que les lésions prédominent au niveau de la paroi nasale, vers l'ostium, la muqueuse enflammée, non bridée par un plan résistant, fera hernie au travers de l'ostium vers la fosse nasale. Elle se développera dans son nouvel habitat par la continuation même du processus qui lui a donné naissance, elle se transformera ainsi en un polype nasal à la formation duquel contribue encore l'œdème, due à la stase circulatoire, provoquée par la constriction de la muqueuse matricielle étranglée au niveau de l'ostium ».

Il semble bien, d'après tous les cas que nous avons vu rapporter et que nous avons pu étudier nous-même que ce sont là des idées qui expliquent le mieux l'étiologie de l'affection et qui sont vérifiées parfaitement par la clinique et la thérapeutique.

Hirsch a également beaucoup étudié l'étiologie des polypes choanaux. A la trépanation, du sinus maxillaire de divers malades porteurs de polype solitaire, il a trouvé un pédicule allant s'insérer sur le plancher. La muqueuse était normale partout, sauf en un point où elle était œdématiée. Il écrit :

« Au cours d'une inflammation catarrhale aiguë, un prolongement de la muqueuse gonflée va s'étrangler dans l'ostium maxillaire naturel ou accessoire, d'où la partie périphérique va se développer pour former un gros polype, pendant que le bourgeon muqueux, à la suite de la rétrogression de la muqueuse antrale, va devenir le pédicule ».

Il admet donc que le polype choanal est consécutif à une inflammation de la muqueuse antrale et cela expliquerait d'après lui la grande fréquence des récurrences des polypes choanaux.

De même, l'Ecole Italienne avec Citelli admet, à l'aide de preuves histologiques, que le point de départ du processus morbide serait au niveau de la muqueuse maxillaire. Citelli, en 1918, fait une communication à l'Académie des Sciences de Catane sur un cas de polype antro-choanal observé à la suite d'une inflammation aiguë du sinus maxillaire et explique la formation morbide de la façon suivante : à la suite d'une inflammation aiguë, la muqueuse antrale se détache en un point par accumulation entre l'os et la muqueuse d'un liquide séreux qui la repousse peu à peu et la fait passer par l'ostium jusque dans la fosse nasale où elle forme un polype. Là, la muqueuse subirait des déformations secondaires dès l'étranglement du pédicule dans l'ostium et arriverait rapidement à former un polype piriforme. Il admet que seuls les polypes passant par l'ostium accessoire donnent des polypes choanaux.

Nous voyons, d'après ce qui précède, que tous les auteurs sont d'accord sur l'origine des polypes choanaux et pensent qu'il s'agit d'une formation polypeuse de la muqueuse sinusale à la suite d'un processus inflammatoire, avec la restriction que seul Citelli pense qu'il y a distension circonscrite de la muqueuse.

Il nous reste à chercher la cause de ce processus inflammatoire. Le fait que le plancher de l'antre soit

le siège primitif de l'inflammation a conduit divers auteurs à chercher une origine dentaire. Nous connaissons en effet les rapports étroits du plancher du sinus avec le bord alvéolaire. Celui-ci est creusé sur sa face inférieure d'une série d'alvéoles destinées à loger les racines dentaires. Sa face supérieure est en rapport direct avec la cavité de l'antre et se trouve placée au point le plus déclive de cette dernière, d'où son nom de plancher de l'antre.

Les coupoles alvéolaires sont remplies de tissu spongieux qui les sépare de l'antre d'Highmore, mais dans certains cas ce tissu a été tellement résorbé que les racines dentaires ne sont séparées de la cavité de l'antre que par la mince lame de tissu compact qui lui sert de paroi interne. Parfois même, les racines paraissent libres dans la cavité sinusale. Un des premiers, Zuckerkandl fut frappé de la faiblesse de la barrière osseuse séparant les alvéoles de la cavité antrale et il voulut attribuer aux sinusites maxillaires une origine presque exclusivement dentaire.

Le Professeur Malan, de Turin, reprenant cette idée en 1932, explique ainsi les récives des polypes choanaux même après curettage du sinus. Il admet un processus ostéo-périosté dû à des altérations du système dentaire.

Alonso et Pietra, en 1935, trouvent assez souvent (8 cas sur 11 observations publiées) des masses polypeuses insérées sur le recessus alvéolo-dentaire, ce qui est favorable aux idées de Malan sur l'origine dentaire des sinusites polypeuses et des polypes choanaux qui ont tous une insertion sinusale.

Il nous paraît donc que, maintenant, il est démontré que le polype choanal a son origine dans une réaction inflammatoire de la muqueuse de l'antre d'Highmore. Il semble bien que cette réaction soit due très souvent à une affection dentaire et cela doit conduire à vérifier dans chaque cas l'état dentaire de ces malades.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I communiquée par M. le Dr LALLEMANT.

Polypes du sinus maxillaire droit.

P... Colette, 9 ans, a déjà été vue deux fois pour des polypes au niveau de la choane droite. A chaque fois, on a enlevé à l'anse froide un assez volumineux polype accessible par voie antérieure.

Cette fillette est ramenée par ses parents au début de mars 1939, ccusant à nouveau une obstruction nasale droite.

A l'examen rhinoscopique antérieur, on constate à nouveau dans l'arrière-narine la présence d'un polype.

A la diaphanoscopie, le sinus maxillaire droit s'éclaire mal et l'on décide de faire un curettage sinusal après avoir à nouveau fait l'ablation du polype.

L'opération est pratiquée le 6 mars 1939 par notre Maître, M. le Docteur Lallemant.

Après infiltration préalable de la fosse canine à la cocaïne adrénaline, Caldwell-Luc classique.

On se trouve en présence d'une sinusite polypeuse.

Un curettage très léger est fait, suivi d'une ouverture nasale large.

Mise en place d'une mèche goménolée.

L'incision buccale n'est pas suturée.

OBSERVATION II (personnelle).

Polype pseudo-myxomateux kystique de la région choanale.

B... Pierre, 13 ans, examiné une première fois en janvier 1937. La rhinoscopie antérieure permet de reconnaître dans la région choanale gauche un volumineux polype. On retrouve ce polype à la rhinoscopie postérieure.

Ablation après anesthésie cocaïnique, à l'anse froide, par voie nasale antérieure.

L'examen anatomo-pathologique, pratiqué le 26 janvier 1937 par le Dr Delarue, montre :

« Pseudo-myxome polypeux avec œdème particulièrement important au point que se sont réalisés de véritables pseudo-kystes. Quelques lésions superficielles parcellaires. Aucune image de malignité histologique ».

Nous revoyons l'enfant le 1^{er} mars 1939. Depuis novembre 1938, il a de nouveau une grande difficulté pour respirer et ronfle légèrement la nuit. Depuis un mois, il lui est impossible de respirer par le nez.

Les examens rhinoscopiques antérieur et postérieur montrent une obstruction complète de la fosse nasale gauche par un gros polype fibro-kystique.

Ablation après anesthésie cocaïnique à l'anse froide par voie nasale antérieure.

Nous découvrons alors l'existence d'un deuxième polype obstruant complètement les choanes. Essai d'ablation par voie nasale antérieure : impossibilité.

Nous mettons en place un releveur du voile et le polype peut être saisi et extirpé à la pince de Châtellier. Nous ramenons alors un volumineux polype en bissac dont la partie sinusale est intacte ainsi que le collet.

Nous allons maintenant emprunter à la thèse du Dr Georges Vitte quelques-unes de ses observations ayant trait à des polypes choanaux de l'enfant et qu'il nous a paru intéressant de publier à nouveau dans ce travail.

OBSERVATION III communiquée au Dr VITTE par M. ESCAT, sous le n° 163 de son registre particulier.

Une fillette de 12 ans nous est adressée le 4 avril 1899 par notre ami, le Dr Vie, de Toulouse. Elle accuse de l'obstruction nasale bilatérale, surtout prononcée à droite.

En outre, par la narine droite, a fait issue, il y a quelques jours, une masse d'aspect gélatineux et de la dimension d'un haricot, mais dans un mouvement inspiratoire, ledit polype a réintégré la cavité nasale et n'est plus ressorti.

Rhinoscopie antérieure : Du côté droit, on ne voit

rien d'abord, mais après rétraction cocaïnique de la tête du cornet, on croit distinguer dans l'arrière-fond de la fosse droite une petite masse polypiforme qui pourrait n'être qu'une queue de cornet ; en raison de l'occlusion complète qui empêche toute expiration par cette fosse, nous pensons qu'il s'agit d'un polype choanal ou rétro-choanal. Du côté gauche, fosse nasale remplie de mucus, mais toutefois à demi-libre.

Rhinoscopie postérieure : Exceptionnellement facile. Le cavum est occupé par une tumeur globuleuse presque sphérique opaline et bleuâtre, ayant l'apparence d'un kyste ; il est impossible de préciser le pédicule qui semble venir du bord choanal correspondant ou peut-être de la région antérieure et médiane de la voûte du cavum. La tumeur, loin d'être médiane, occupe plutôt les deux tiers du cavum du côté droit. A toucher, consistance élastique et franchement kystique.

Ne possédant encore à cette époque qu'une instrumentation naso-pharyngienne assez réduite, nous tentons d'aborder le kyste avec un large adénotome d'adulte, sous application préalable du releveur. La manœuvre a pour effet de crever le kyste dont nous ramenons la presque totalité de la poche, formée de parois pseudo-myxomateuses assez épaisses en certains points. La rhinoscopie postérieure, pratiquée de suite après, permet de reconnaître quelques lambeaux d'amygdale pharyngée en partie détachés par le coup d'adénotome.

Nous en pratiquons l'ablation à la pince de Cha-

tettier. Cela fait, une dernière rhinoscopie postérieure permet de voir les deux choanes à découvert et d'observer, descendant du méat moyen droit, et reposant sur la queue du cornet inférieur correspondant, un petit lambeau de tissu pseudo-myxomateux, pédicule évident du polype.

La respiration nasale était rétablie des deux côtés. La jeune malade fut perdue de vue.

Cette observation, déjà vieille, se rapporte indubitablement à un cas classique de polype sinuso-maxillaire.

OBSERVATION IV communiquée au Dr VITTE par M. ESCAT, sous le n° 722 sous registre particulier.

Polype solitaire fibro-kystique du sinus maxillaire gauche.

H... L., garçon de 11 ans, de Saint-Gaudens (Haute-Garonne), accuse une gêne de la respiration nasale depuis quelques mois.

Observé le 16 septembre 1916, il est reconnu atteint d'un polype fibro-œdémateux de la fosse nasale gauche qui est extrait séance tenante, avec le Dr Abadie, de Saint-Gaudens, après une anesthésie à la cocaïne à l'aide du polypotome.

La tumeur enlevée est trilobée ; le lobe antérieur allongé occupait la presque totalité de la fosse nasale (région antérieure et moyenne) ; le lobe postérieur, développé dans le cavum qu'il occupait en totalité, avait la forme d'un cœur de volaille, c'est le

plus ferme et le plus fibreux ; le lobe moyen qui occupait la région postérieure de la fosse nasale était kystique.

Guérison apparente pendant 7 mois. Récidive huit mois après. Nouvelle extirpation le 12 mai 1917. Cette fois, le polype était encore trilobé. Mais deux des lobes étaient purement kystiques.

OBSERVATION V (communiquée au Dr VITTE par M. le Docteur LAVAL).

Marie F..., 11 ans, consulte pour gêne de la respiration nasale très considérable depuis un an. Cet état a commencé il y a deux ou trois ans. Pas de troubles des organes voisins, oreilles ou yeux ; pas de coryzas ; mais la fosse nasale est pour ainsi dire bloquée à droite ; très peu perméable à gauche. Troubles de la parole. Rhinolabie fermée. La gorge est sèche, le matin surtout.

La bouche est entr'ouverte pendant le jour ; on ne dirait pas qu'il existe une obstruction quasi complète. Se moucher est à peu près impossible.

Rhinoscopie antérieure : elle nous montre du mucus sur le plancher de la fosse nasale droite que le malade ne peut expulser. A gauche, le nez est libre de mucosités. Le malade peut vider encore sa fosse nasale. Après nettoyage au tampon à droite, on aperçoit, venant du méat moyen, une sorte de cordon blanchâtre, allongé, qui se perd vers le fond de la

fosse nasale qui paraît complètement obstruée par une masse de même couleur.

Au stilet, peu de mobilité, consistance élastique.

Lorsque le malade ouvre la bouche en prononçant la voyelle A, on aperçoit, descendant derrière le voile, une masse lisse, blanchâtre, circulaire, à grande courbure transversale, occupant le naso-pharynx.

Il s'agit donc d'un polype de la fosse nasale droite venu du sinus maxillaire et qui s'est développé dans le naso-pharynx.

Opération : En raison du volume de la tumeur, on ne peut envisager l'ablation par la fosse nasale. Avec notre aide, M. le Dr Laval pratique l'éradication avec la pince de Chatellier par torsion et arrachement ; hémorragie légère ; liquide kystique environ une cuillerée à café. Le dégagement paraît complet.

A la rhinoscopie antérieure, on aperçoit, dépassant le cornet moyen, un fragment de tumeur qui est enlevé à l'anse.

OBSERVATION VI (communiquée au Dr DAVID par M. le Dr L. LEROUX).

Polype solitaire chez l'enfant.

Un garçon d'une dizaine d'années nous est amené il y a cinq ans, pour gêne respiratoire du côté droit ; il avait marché quelques mois avant un petit polype. L'examen montre un polype du méat moyen qui se détacha facilement. Trois ans plus tard, nouvelle

obstruction nasale droite ; cette fois, c'est un classique polype choanal. On me demanda une guérison définitive sans récidence : un essai d'extirpation totale par une traction douce ne réussit pas et libéra seulement la masse choanale ; il fallut alors ouvrir le sinus maxillaire pour décoller et enlever la masse polypeuse antrale. Depuis, pas de récidence.

OBSERVATION VII (communiquée au Dr DAVID par le Dr L. LEROUX).

Polype solitaire chez l'enfant.

Un garçon de 5 ans est conduit dans le service O. R. L. de Saint-Antoine pour obstruction nasale ; un polype unique débordait la choane droite. L'enfant n'avait jamais été examiné, il était très indocile et toute tentative d'extraction par la narine fut impossible ; c'est par le cavum que nous avons pu saisir le polype en pleine masse avec une pince à végétation ; une traction continue amena un biseau polypeux intégral avec ses parties nasale et maxillaire et son collet intact.

OBSERVATION VIII (relevée sur le registre de la clinique O. R. L. sous le n° 2623).

Polype kystique solitaire de la région choanale droite.

Adrien C..., 11 ans, d'Albîas (Tarn-et-Garonne), examiné le 25-10-1901, se plaint de ne pouvoir respi-

rer par la narine droite. La rhinoscopie permet de reconnaître l'existence, dans le fond de la fosse nasale, d'un polype de la grosseur d'une petite noix. Ablation sans cocaïne à l'anse froide par voie nasale antérieure. Après extirpation, on constate dans ce polype l'existence d'un kyste.

OBSERVATION IX (relevée sur le registre de la clinique O. R. L. sous le n° 4495).

Polype solitaire fibro-œdémateux de la région choanale droite, d'origine vraisemblablement sinuso-maxillaire.

Céline L..., 13 ans, de Franquepierre (Haute-Garonne), examiné le 10 février 1905, se plaint de troubles de la respiration nasale, de la déglutition et de la phonation. La rhinoscopie antérieure révèle l'existence d'un gros polype occupant toute la région profonde de la fosse nasale droite, dont le pédicule descend du méat moyen.

La rhinoscopie postérieure permet de constater la présence d'un prolongement faisant issue dans le naso-pharynx. Ablation faite sous cocaïne par voie antérieure, à l'aide d'un serre-nœud.

Le polype, examiné après l'opération, se présente sous une forme trilobée.

OBSERVATION X (relevée sur le registre de la clinique O. R. L., sous le n° 6657).

Polype solitaire du sinus maxillaire droit.

C., garçon de 10 ans, de Biessols (Tarn-et-Garonne), examiné le 3 septembre 1906, se plaint de difficultés de la respiration nasale et de surdité.

La rhinoscopie antérieure révèle l'existence d'un polype pseudo-myxomateux. Le pédicule paraît venir de l'ostium accessoire. Ablation, après anesthésie co-caïnique, à l'anse froide par voie antérieure. Revu le 22-10-06, plus tracé de polype.

OBSERVATION XI (relevée sur le registre de la clinique O. R. L., sous le n° 26.493).

Polype solitaire du naso-pharynx.

Jean G., 13 ans, de Miremont (Haute-Garonne), consulte le 23 février 1920, pour obstruction nasale du côté droit. La rhinoscopie antérieure et postérieure révèle un volumineux polype fibro-œdémateux, occupant le naso-pharynx et paraissant descendre du sinus maxillaire de la fosse nasale droite.

OBSERVATION XII (relevée sur le registre de la clinique O. R. L., sous le n° 27.126).

Jean S., 12 ans, domicilié à Fustignac (Haute-Garonne), examiné le 2 juillet 1920, se plaint d'avoir le nez bouché.

La rhinoscopie antérieure permet de préciser l'insertion d'un polype fibro-œdémateux venant du sinus maxillaire droit. La rhinoscopie postérieure montre

ce polype faisant hernie à travers la choane correspondante.

Ablation le 21 juillet 1920, après anesthésie à la cocaïne par voie nasale antérieure à l'anse froide, en deux prises. Ce polype contenait un gros kyste.

OBSERVATION XIII (relevée sur le registre de la clinique O. R. L., sous le n° 34.905).

Polype solitaire rétro-choanal à droite

Marie-Louise E..., 14 ans, de Toulouse, consulte le 30 mai 1924 et se plaint de la gorge et d'insuffisance respiratoire nasale, surtout à droite.

La rhinoscopie antérieure permet de voir un polype occupant la partie postérieure de la fosse nasale droite. La fosse nasale gauche est normale, mais à travers la choane correspondante on aperçoit une masse polypeuse grisâtre, débordant à gauche le bord postérieur de la cloison. La rhinoscopie postérieure permet de voir une masse polypeuse faisant issue par l'orifice choanal droit et voilant en partie l'orifice choanal gauche.

Ablation le 2 juin 1924 après anesthésie à la cocaïne à l'anse froide par voie antérieure en une seule prise.

OBSERVATION XIV (relevée sur le registre de la clinique O. R. L., sous le n° 36.076).

Polype fibro-œdémateux sinuso-maxillaire gauche.

Alexis S..., 13 ans, du Fousseret, examiné le 16 février 1925, se plaint de gêne respiratoire depuis environ 6 mois.

La rhinoscopie antérieure montre un polype fibro-œdémateux occupant la totalité de la fosse nasale gauche.

La rhinoscopie postérieure montre une masse polypeuse de la dimension d'une grosse noisette, d'aspect identique au prolongement nasal, occupant la choane gauche. Le toucher naso-pharyngien donne la sensation d'une tumeur globuleuse, rénitente, élastique, peut-être kystique.

Ablation le 4 mars 1925 à l'anse froide, sous cocaïne en une seule prise, par voie nasale antérieure.

TRAITEMENT

Le traitement du polype choanal de l'enfant ne peut être que chirurgical.

L'extirpation de la masse choanale peut toujours être faite par les voies naturelles, voie nasale antérieure ou voie pharyngienne. Quelles que soient la masse et l'extension du polype, il peut toujours être extirpé par simple éradication.

Mais on doit, dans tous les cas, chercher par une traction douce et progressive, à ramener le polype solitaire en entier, c'est-à-dire avec sa partie choanale et sa partie sinusale. On ramène alors un polype en bissac dont le collet est intact. Quand cela est possible, il n'y a pas de récidives.

On se sert, pour cette opération, d'un serre-nœud à l'aide duquel, après anesthésie à la cocaïne adrénaline, on enserre le pédicule de la masse choanale. On cherche alors, par des tractions progressives, à extirper la masse polypeuse.

Si le polype est petit et enclavé, on peut se servir d'une pince de Luc.

Si le polype est choanal et rétro-nasal, gros et enclavé, non accessible par voie nasale antérieure, on cherche à le retirer par voie pharyngienne après mise en place d'un releveur du voile. On saisit le polype à

l'aide d'une pince de Chatellier et là aussi des tractions douces et progressives doivent chercher à ramener la masse polypeuse avec ses parties choanale et sinusale.

Le plus souvent, tant par la voie antérieure que par la voie pharyngienne, l'opération est très difficile et le collet est rompu.

Il y aura alors récidence à plus ou moins brève échéance.

Se contenter d'enlever la masse choanale à chaque fois, équivaut à un aveu d'impuissance.

Il faut extraire la masse sinusale et curetter son lieu d'insertion. Pour cela l'ouverture du sinus maxillaire est nécessaire. On peut pratiquer indifféremment le Gadwell-Luc ou le procédé de Lombard (angle intérieur).

Il faut faire un bon curettage, les polypes étant très adhérents à la paroi ; on doit énergiquement racler. L'hémorragie chez les enfants est peu considérable. Dans chaque cas, on doit faire la contre-ouverture nasale. On met en place une mèche goménolée.

Il est inutile de suturer la plaie buccale.

Le Docteur Louis Leroux n'a jamais constaté de récurrences chez ses opérés.

On devra toujours vérifier l'état dentaire du malade et faire un traitement dentaire approprié.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire nous pouvons conclure que :

1° Le polype choanal est la forme habituelle du polype solitaire d'origine antro-maxillaire.

2° Il est fréquent chez l'enfant entre 6 et 15 ans. Son diagnostic est le plus souvent facile.

3° Il est unilatéral et unique. Il possède un pédicule facilement réparable et qu'on peut suivre au stylet jusqu'à l'ostium maxillaire. Son volume est variable.

4° Au point de vue anatomo-pathologique il est constitué macroscopiquement par une masse choanale et une masse sinusale réunies par un collet passant par l'ostium maxillaire. Microscopiquement il est dû à un processus inflammatoire du tissu conjonctif avec hyperplasie ou métaplasie de la muqueuse.

5° L'intervention par voie nasale antérieure ou postérieure doit ramener un polype en bissac avec ses parties choanale et sinusale ainsi que son collet intacts. Dans ce cas il n'y a pas de récives.

6° Si le polype est rompu au collet, les récives

sont fréquentes et il n'est pas suffisant d'enlever la partie choanale à chaque intervention.

Seule l'ouverture du sinus avec curettage de l'insertion et contre-ouverture nasale m'apparaît actuellement nécessaire et efficace.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALONSO (J. M.) et PIETRA (R.). — Le polype solitaire des fosses nasales (*Ann. de O. R. L. de l'Uruguay*, 1933, III, 3, p. 205, 217).
- BALAS. — Myxomes du sinus maxillaire (*Orvasi Helilap*, 1912, n° 47).
- BROWN (J. M.). — Sinusite des enfants (*Ann. Otol., Rhin. et Laryng.*, 38, 1929).
- CABOCHE. — Polypes solitaires des fosses nasales et sinusites latentes (*La Médecine*, janvier 1923).
- *Annales des maladies de l'oreille*, mars 1924.
- CANEPLE. — Les polypes du sinus maxillaire (*Bollet. della malattia de l'orechio*, octobre 1911).
- CALICETTI. — Sur les polypes Choanaux (*II Valsalva*, fasc. IV).
- CITELLI. — Sur la signification pathologique des polypes antro-choanaux (*Boll. An. Sc. Nat.*, juillet 1918).
- DAVID (Ernest). — Contribution à l'étude du polype solitaire des fosses nasales. Thèse de Paris, 1932.
- THOMAS (Eving). — Polype choanaux (*The journal of Laryng.*, 1918, *O. R. L. interne*, 1919, in *Revue hebdomadaire*, 1919).

- FREEDMAN (A. O.). — Pathogénèse des polypores nasales (*Arch. Oto-laryng.*, n° 2, sept. 1925).
- GLOSSIER. — Polypes choanaux endo-nasaux (*Arch. méd. d'Angers*, mai 1921).
- GUICHET. — Etude sur les polypes muqueux des arrières narines. Thèse de Paris, 1874, n° 34.
- GYERGYAY (A. de). — Des méthodes d'examen du nez postérieur. (*Les annales d'oto-laryngologie*, p. 979, année 1936).
- JONSSEAUME. — Contribution à l'étude histologique et pathogénique des polypes du sinus. Thèse, Paris, 1925.
- KILLIAN. — De l'origine des polypes muqueux des arrières narines (*Annales des maladies de l'oreille*, mai 1906).
- Sur l'origine des polypes choanaux (*XII^e Réunion des laryng. de l'Allemagne du sud*).
- KOERPEL. — Un cas de polype choanal chez une fillette de 10 ans (*Les annales d'oto-laryngologie*, p. 1261, 1935).
- KOFLER. — Sinusite maxillaire avec polypes sans pus (*Les annales d'oto-laryngologie*, p. 363, 1935).
- KORNEL DE LANG. — Sur l'origine et une méthode opératoire simple des polypes choanaux (*XVI^e Congrès international de méd.*).
- KUBO. — Polypes choanaux solitaires des cavités péri-nasales (*Annales des maladies de l'oreille*, 1913).
- De la nomenclature des polypes issus du sinus maxillaire : polype antro-exonasal et polype antro-œsophagien (*O. R. L.*, Japon, p. 935, 1933. — *Anal. O. R. L. intern.*, t. XVII, n° 12, p. 908, 1933).

- LEROUX (Louis). — Les sinusites polypeuses (*Progrès Médical*, n° 50, ec. 1930).
- Le polype de Killian chez l'enfant (*Soc. française d'O. R. L.*, Congrès de 1930).
- Le diagnostic des sinusites polypeuses (*Les annales d'oto-laryngologie*, p. 26, 38, 1932).
- LAURENS, AUBRY et LEMARIÉ. — Précis d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1939.
- LAVRAND. — Polypes des choanes (*Journal des Soc. méd. de Lille*, juillet 1908).
- LERMOYEZ. — Polypes des sinus maxillaires (*Soc. de Laryngologie de Paris*, 8 juin 1913).
- MALAN. — Des récidives des polypes choanaux solitaires, originaires du sinus maxillaire (*Annales d'oto-laryngologie*, p. 601, 1932).
- MUKASA. — Volumineux polype antral faisant issu hors de l'orifice nasal (*O. R. L.*, Japon, p. 931, 1933. — *Ann. O. R. L., intern.*, t. XVII, n° 12, p. 908, 1933).
- NEPVEU (A.). — Sur les polypes choano-maxillaires ; observation d'un cas coïncidant avec un fibro-myxome choanal (*Bull. d'O. R. L.*, Paris, 1911, XIV, p. 93-96).
- ORY. — Des polypes de la partie postérieure des fosses nasales (*Mouvement médical*, n° 15, 1875).
- PIETRANTONI. — Considérations cliniques et histopathologiques sur les polypes solitaires des fosses nasales (*Arch. Ital. di Otol.*, vol. 41, fasc. III, 1928).
- PUGNAT. — Etude sur les polypes sinuso-choanaux (*O. R. L. internationale*, n° 1, 1920).

RAZEMON (H.). — Polypose nasale et sinusite (*Annales d'oto-laryngologie*, p. 90, 1932).

RICCI (Bruno). — Polypose nasale étendue à tous les sinus paranasaux (*Boll. mal. or.*, t. LI, p. 463, 470, 1933).

ROBINSON (G. A.). — The treatment of polypoid sinusitis (*Arch. of Otolaryng.*, t. X, p. 72, 73, 1929).

— Radium in the post-opérative treatment of polypoid sinusitis (*Arch. of physic. ther.*, t. XI, p. 14, 15, 1930).

SEGURA. — Polypes fibro-muqueux, naso-pharyngiens. Leur origine dans le sinus maxillaire (*Revue hebdomadaire de la rhinologie*, 15 décembre 1906).

SIEUR et JACOB. — Recherches anatomiques, cliniques et opératoires sur les fosses nasales et leurs sinus. (Rueff, Paris, 1901).

SIPPEL. — Contribution à l'étude des polypes choanaux (*O. R. L. international*, 1914, 1918).

SKILLERN (E. H.). — Diagnostic et traitement des infections antrales chroniques (*Annales O. R. et Laryng.*, 37, 1187, 1928).

STEVENSON. — Sinusites maxillaires (*Arch. of oto-laryng.*, vol. 13, n° 4, 1931).

TERRACOL, GALAVIELLE, GUIBERT et JOYEUX. — Polype naso-pharyngien d'origine sinusienne chez une enfant de 12 ans. (*Soc. des sc. méd. et biol.*, Montpellier, janvier 1933. — *Anal. Pr. med.*, 1933, n° 14, p. 306).

THORKILDSEN. — La sinusite maxillaire chronique chez les enfants de 7 à 12 ans (*Les annales d'oto-laryngologie*, p. 1265, 1935).

- TERRINI. — Polypes antraux-antrites polypeuses (2^e Congrès, Société O. R. L. Latina-Catane, f. I, p. 237, 343, 28, IX, 31 ; res. *Presse méd.*, 2, 1, 32, p. 5 ; *Ann. otolaryngol.*, p. 598, 1932).
- VIOLLET. — Polypes kystiques, à répétition, du nez (*Congrès de la Soc. Franç. d'O. R. L.*, mai 1909).
- VITTE (Georges). — Le polype solitaire sinuso-nasopharyngien. Thèse de Toulouse, 1926.
- ZUCKERKANDL. — Anatomie normale et path. des fosses nasales, 1895. Traduction Lichwitz et Garnault.
-

